Document généré le 25 avr. 2024 16:37

Lien social et Politiques

Les soins à domicile et le travail des femmes : la force de l'habitude
Home Care: a Site for Competing Definitions of Women's Work
Los cuidados a domicilio y el trabajo de las mujeres : la fuerza de la costumbre

Sheila M. Neysmith

Numéro 36, automne 1996

Politiques familiales et vies de femmes

URI : https://id.erudit.org/iderudit/005199ar
DOI : https://doi.org/10.7202/005199ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Neysmith, S. M. (1996). Les soins à domicile et le travail des femmes : la force de l'habitude. *Lien social et Politiques*, (36), 141–150. https://doi.org/10.7202/005199ar

Résumé de l'article

Le développement des programmes de soins de longue durée donne lieu, depuis quelques années, à un double processus de transformation du travail. D'une part, des tâches retirées à certaines catégories de salariés sont confiées à d'autres, si bien que l'on voit par exemple les hôpitaux et les établissements de soins pour malades chroniques procéder à la mise à pied de personnel auxiliaire, tandis que l'emploi augmente du côté des soins à domicile. D'autre part, le travail de soins non rémunéré des familles des bénéficiaires est intégré d'autorité au développement des services à domicile. À partir d'une recherche sur les auxiliaires familiales de la région de Toronto, l'auteur fait ressortir les perceptions du travail et du soin et les inégalités sociales (de race, de classe et de sexe) qui sous-tendent les programmes actuels de soins de longue durée.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1996

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Les soins à domicile et le travail des femmes : la force de l'habitude

Sheila M. Neysmith

Le développement des programmes de soins de longue durée donne lieu, depuis quelques années, à un double processus de transformation du travail. D'une part, des tâches retirées à certaines catégories de salariés sont confiées à d'autres, si bien que l'on voit par exemple les hôpitaux et les établissements de soins pour malades chroniques procéder à la mise à pied de personnel auxiliaire, tandis que l'emploi augmente du côté des soins à domicile. D'autre part, le travail de soins non rémunéré des familles des bénéficiaires est intégré d'autorité au développement des services à domicile. Ce dernier aspect ayant reçu beaucoup d'attention de la part des chercheurs féministes au cours de la dernière décennie, l'article qui suit portera surtout sur le premier[1].

LIEN SOCIAL ET POLITIQUES – RIAC, 36
AUTOMNE 1996

Les soins continus englobent tout un éventail de services institutionnels et communautaires, c'est-à-dire dispensés, les uns en établissement, les autres dans le milieu de vie des personnes visées : popote roulante, centres de jour pour adultes, foyers de groupe, services d'auxiliaires familiales, soins infirmiers à domicile, services communautaires de physiothérapie et d'ergothérapie, centres d'évaluation et de traitement, hôpitaux de jour, soins continus à domicile ou en établissement, soins en hôpitaux pour malades chroniques ; divers programmes couvrent également, entre autres choses, les prothèses, appareils et fournitures, les services de nutritionniste et les services de protection des adultes (Health and Welfare Canada, 1992 : 25-27). Le terme « communautaire » sert habituellement à désigner les services destinés aux personnes qui ne sont pas hébergées dans un établissement. En pratique, la plupart des programmes relevant du concept de soins communautaires proposent tout bonnement des services à domicile « à la carte ».

Les soins communautaires au sein des budgets de santé[2]

Le contenu, le financement et la fourniture des services de soins à domicile font partie des discussions sur les coûts de la santé depuis une bonne décennie. Si l'on en juge par les modes actuels de financement, qui incitent les établissements hospitaliers à précipiter le congé des malades et tendent à limiter les cas d'hospitalisation, les soins à domicile sont voués à un développement rapide et prochain (Benjamin, 1993 ; Kenney, 1993 ; MacAdam, 1993 ; Swan et Estes, 1990). Le vieillissement de la population et les prévisions démographiques en matière de fécondité, de mariage, de divorce et de migration annoncent

également que de moins en moins de gens âgés trouveront, au sein de leur famille, une personne pour leur prodiguer les soins qui leur sont quotidiennement nécessaires. À ce propos, un observateur européen fait remarquer que « partout on se prépare à axer les programmes de santé sur les soins à domicile, même pour les personnes de santé très faible, alors que les caractéristiques grâce auxquelles la famille paraissait le plus apte à en assumer la charge évoluent et que l'issue de cette transformation est pour le moins incertaine » (Baldock, 1993 : 27).

Les soins en établissement n'apparaissent plus aujourd'hui comme une solution souhaitable que pour une petite minorité, car leurs effets négatifs sur la santé d'un grand nombre de personnes âgées sont amplement attestés. Sous ce rapport, les propositions qui vont dans le sens d'un transfert de ressources du secteur institutionnel vers le secteur communautaire ne suscitent aucune controverse. Leur mise en œuvre, cependant, soulève l'épineuse question de la répartition des ressources allouées aux soins de santé et des transferts de responsabilités. En particulier, bien que la part des soins à domicile demeure minuscule dans le budget total de la santé, elle ne cesse d'augmenter eu égard à l'ensemble des pratiques. Le coût relativement bas de ces services tient à plusieurs facteurs. D'abord, la plupart des soins quotidiens sont dispensés par des auxiliaires familiales à qui l'on confie des tâches de toutes sortes, du ménage et des soins de relève à la supervision de régimes alimentaires ou de programmes de réadaptation individualisés. Deuxièmement, comme ces auxiliaires travaillent souvent à temps partiel ou à contrat, leurs coûts de formation et leurs avantages sociaux sont minimaux. Troisièmement, les soins à domicile sont gérés par des unités de services de taille limitée et ne nécessitent aucune immobilisation coûteuse. Enfin, il importe de signaler que la mise en œuvre des blocs de services définis dans les modèles de soins à domicile suppose la disponibilité des familles, à qui incombe le suivi des soins.

Au Canada, les soins de longue durée relèvent des provinces, et chacune les organise, assortit et distribue à sa manière (Béland et Shapiro, 1994). La difficulté d'établir les coûts des divers services à l'échelle nationale n'a donc pas de quoi étonner, la terminologie et les systèmes d'information différant d'un gouvernement à l'autre (Neysmith, 1995). Malgré cette incertitude des données, on sait que nulle part au pays le développement des programmes de soins à domicile n'étaye le discours politique qui leur attribue un rôle central dans l'organisation des services de santé[3]. À l'intérieur du budget alloué aux soins de longue durée en Ontario, par exemple, près de huit dollars sur dix continuent d'aller à des établissements comme les maisons de retraite, les hôpitaux pour malades chroniques et les foyers pour personnes âgées (Ontario, 1993a : 15). Il faut se rappeler ces ordres de grandeur quand on étudie le contenu et le sens des déclarations politiques sur les soins à domicile. Ainsi, durant les consultations dans le milieu et au cours des audiences officielles qui ont précédé la mise en œuvre du projet de loi ontarien sur les soins de longue durée (loi 173), le morcellement des services dans la province a soulevé de nombreuses critiques[4]. On s'est entendu pour dire que le problème résidait dans le manque de coordination, et la solution dans la gestion de cas et dans l'instauration d'un accès unique au système de soins. Mais tandis que s'intensifiait le débat sur la manière de coordonner les services, on ne voyait guère s'esquisser de déplacement des ressources du secteur institutionnel vers le secteur communautaire. Parallèlement, au Canada comme en d'autres pays, la croissance accélérée de la demande de soins à domicile alimente le développement d'une industrie de services qui s'appuie sur une main-d'œuvre féminine faiblement rémunérée pour offrir des soins à domicile consistant essentiellement, font valoir certains auteurs, à assurer la garde des bénéficiaires (Schmid et Hasenfeld, 1993).

Des données d'études américaines tendent à montrer que les effets du déplacement des lieux du travail sur le personnel de soins ne seront pas insignifiants. Les pressions induites par la crise de la fiscalité réduisent le temps donné au client à la portion congrue. Non seulement le travail doit-il être exécuté de façon expéditive, mais priorité est accordée aux tâches concrètes, au détriment de l'accompagnement et du soutien social. En outre, à mesure que les auxiliaires sortent des établissements pour aller faire du soin à domicile, leurs conditions de travail changent du tout au tout. L'un des changement les plus évidents est la perte d'un ensemble de ressources normalement intégrées au cadre hospitalier, médecins, infirmières, équipements et services auxiliaires, qui ne se trouvent plus à portée de main. À vrai dire, il est

inexact de parler de déplacement de personnel, car en bout de course ce sont rarement les mêmes travailleurs qui sont en cause. Les aides-infirmiers et les auxiliaires familiales ne proviennent généralement pas des mêmes bassins de main-d'œuvre, et les premiers doivent avoir des qualifications qui ne sont pas exigées des secondes. Actuellement, le niveau de compétence demandé aux candidates au travail de soins à domicile est faible, même si elles sont nombreuses à suivre des cours pour se perfectionner. Finalement, le personnel auxiliaire des hôpitaux est mieux payé que celui des établissements de soins pour malades chroniques, mais ce sont les soignantes à domicile qui remportent la palme des plus bas salaires (Crown, MacAdam et Sadowsky, 1992).

Bien qu'il soit reconnu que les soins à domicile comptent parmi les moyens les plus nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées et de faible santé, les travailleuses qui en fournissent la plus grande part n'ont guère reçu d'attention (parmi les études disponibles, voir notamment celles de Bartoldus, Gillery et Sturges, 1989 ; Eustis et Fischer, 1991 ; Feldman, 1993 ; Gilbert, 1991 ; Kaye, 1986). Le stress et les conditions de travail associés à cette charge exigeante ont néanmoins soulevé un certain intérêt. Des études quantitatives mesurant la satisfaction au travail montrent par exemple que celle-ci est très élevée pour le travail de soins lui-même, mais très basse pour des facteurs extérieurs comme le salaire, les horaires ou le statut d'emploi (Bartoldus, Gillery et Sturges, 1989 ; Gilbert, 1991 ; Martin-Matthews, 1992 ; Neysmith et Nichols, 1994). À l'appui de ces résultats, certaines recherches qualitatives attestent les attentes contradictoires des auxiliaires familiales à l'égard de leur travail (Aronson et Neysmith, 1996 ; Diamond, 1990 ; Donovan, 1989 ; Neysmith et Aronson, 1996 ; Tellis-Nayek et Tellis-Nayek, 1989).

La qualification invisible

Dans le processus de transformation du travail auquel nous assistons, l'allongement des listes d'attente et la diminution des budgets sont deux aspects qui sautent aux yeux. Plus discrète est la manière dont les auxiliaires familiales absorbent une partie des coûts des soins. D'abord, certains éléments de leur travail et de leur savoir-faire ne leur valent ni rémunération ni reconnaissance. Les descriptions officielles mettent en évidence le caractère pratique des soins à domicile, énumérant des tâches comme la cuisine, le ménage, la toilette personnelle... Ainsi décomposé, le travail peut être normalisé, découpé en unités auxquelles une durée est allouée ; ainsi, on calculera vingt minutes pour donner un bain. Toutefois, en entrevue, les auxiliaires font ressortir que leur travail ne se moule absolument pas dans des normes et que c'est précisément la part d'individualisation qu'il recèle qui en incorpore la dimension soins. Par exemple, la préparation d'un repas ne comporte pas forcément un travail de soins. Mais son sens se transforme si elle procure à une personne âgée son seul échange social de la journée, si la composition des plats et la façon de les apprêter et de les présenter ont de l'importance pour le client, et surtout si la conversation est l'ingrédient qui l'amène à manger et fait en sorte qu'il se nourrisse convenablement. En pareil cas, il faut beaucoup plus à l'auxiliaire qu'une compétence culinaire de base. Deuxièmement, les personnes âgées aiment avoir des relations suivies avec les gens qui sont payés pour s'occuper d'elles (Stricklin, 1993). Troisièmement, les familles souhaitent que les auxiliaires aient

des égards pour leur parent et ne le traitent pas comme un numéro (Bowers, 1990 ; Duncan et Morgan, 1994). Ce sont là des aspects essentiels, qui font appel à des qualifications réelles, mais qui ne sont pas reconnus publiquement à leur juste valeur et ne sont pas relevés dans les descriptions du travail de soins à domicile. Ils ne comptent pas quand l'efficacité se calcule en quantité de tâches à exécuter à l'intérieur d'une affectation de deux heures.

Les auxiliaires familiales rendent aussi bénévolement des services qui n'entrent pas dans leurs attributions. Elles en font profiter les personnes âgées, mais en payant de leur personne. Ce constat soulève la question de savoir si les services offerts sont bien conçus. Pour entrevoir les conséquences d'une offre de services publics inadéquate, il est utile d'écouter ce que disent les auxiliaires quand elles expliquent pourquoi elles assument des tâches « supplémentaires » consistant par exemple à donner un coup de téléphone à une personne seule au cours du week-end, à nettoyer une cage d'oiseau ou à teindre les cheveux d'une vieille dame. Conscientes des attentes conflictuelles que les uns et les autres entretiennent à l'égard de leur travail, elles semblent évoluer à travers ces contradictions en obéissant à une sorte de sens de

leur responsabilité morale à l'égard de leurs clients âgés qui n'est pas sans évoquer le sentiment de « responsabilité ultime » remarqué par plus d'un chercheur chez les femmes qui prennent soin d'un parent (Hooyman et Gonyea, 1995 ; Lewis et Meredith, 1988). Ces constatations mettent en lumière un fait important : il peut exister des relations durables, procurant un soutien affectif substantiel, en dehors des rapports familiaux. Le travail de soins recèle une dimension affective imprévisible, qui n'équivaut pas à l'amour, mais comporte comme lui une disposition à s'engager dans une relation et à la poursuivre. C'est pourquoi il importe d'approfondir certaines dimensions du travail de soins en relation avec les divers cadres institutionnels où il se déroule (Fisher et Tronto, 1990 ; Graham, 1991 ; James, 1992 ; Thomas, 1993). Il est essentiel de comprendre ce qu'est le soin en contexte non familial pour créer des modèles de soins communautaires réalistes. C'est là un préalable à la définition de soins véritablement compétents (Davies, 1995).

Tout se passe comme si le travail de soin, s'infiltrant dans la membrane perméable qui sépare les vies publique et privée des femmes, venait brouiller des langages auxquels nous sommes habitués. Les concepts de travail domestique et de reproduction sociale, legs d'une pensée inspirée par la production des biens marchands, masquent le fait que le soin implique toujours une relation personnelle avec un être humain. Ils induisent à mettre l'accent sur l'exécution de tâches concrètes plutôt que sur la mise en œuvre d'habiletés relationnelles. Cette tendance ressort de la manière dont le soin est opérationnalisé dans les descriptions de tâches des auxiliaires familiales. Or, le travail de soins diffère fondamentalement de la production d'objets, et la distinction tient, non pas à l'organisation hiérarchisée du travail ou au niveau de la rémunération, mais aux habiletés nécessaires pour accomplir les diverses tâches de soins, ainsi qu'aux normes, exigences et expériences sociales associées à chacune. D'un autre côté, à trop mettre l'accent sur les relations interpersonnelles, on risque de mal discerner et de sous-estimer les intérêts collectifs des groupes d'acteurs qui participent à la fourniture des services. Les soins sont à la fois publics et privés. Rien ne prouve qu'ils sont meilleurs ou plus adéquats si leur mise en œuvre mobilise certains ressorts affectifs plutôt que d'autres ; ils sont tout simplement différents selon les cas (Leira, 1994 : 188-190). Si nous étions capables d'admettre que la fourniture des soins peut s'accommoder de divers niveaux d'attachement, nous serions à même de réinventer les manières d'évaluer le travail qu'elle implique et de trouver la juste rémunération des personnes qui l'accomplissent, quelle que soit leur relation avec le client (Thomas, 1993 : 663).

En marge du projet de loi 173 sur les soins de longue durée, adopté en 1994, l'ex-gouvernement du Nouveau Parti démocratique de l'Ontario avait conçu une stratégie de réforme comportant la publication de plusieurs énoncés de politiques, dont l'un proposait un programme cadre détaillé pour la formation des auxiliaires familiales (Ontario, 1993b). Si de telles balises s'imposent, car le transfert de services des hôpitaux vers le domicile des malades attribue aux auxiliaires des tâches de plus en plus complexes, ce genre de proposition ne garantit aucunement que le perfectionnement professionnel se traduira par des augmentations de salaires ou par l'amélioration de la qualité des services. À mesure que les auxiliaires se voient confier une plus grande part des soins, les infirmières se concentrent sur les tâches techniques et la supervision. Au bout du compte, les soins à domicile viennent allonger la liste des emplois semi-qualifiés occupés par une main-d'œuvre féminine nombreuse et mal rémunérée, sous la supervision d'une poignée de professionnelles de la santé raisonnablement bien payées. Cette situation est de nature à exacerber les tensions entre groupes de travailleuses. On peut au moins, au Canada, se féliciter du fait que dans la plupart des provinces le mode de financement des programmes de soins à domicile semble avoir empêché certains dérapages budgétaires. Aux États-Unis, les conditions de remboursement prévues par *Medicare* et *Medicaid* ont encouragé le recours à certains types de professionnels — physiothérapeutes, infirmières visiteuses, podiatres — dans des cas où les auxiliaires familiales auraient pu accomplir le travail mais n'étaient pas couvertes par les programmes (Estes, Swan and Associates, 1993 ; Szasz, 1990). De la sorte, le marché privé a eu le champ libre pour monopoliser l'offre — et la vente — de soins à domicile. À l'heure qu'il est, beaucoup d'agences ontariennes ont d'excellentes pratiques d'embauche. Toutefois, le financement de la Province n'augmente pas aussi vite que les listes d'attente. Plus les budgets et les horaires de soins seront comprimés,

plus les conditions de travail se détérioreront. Mais la syndicalisation des auxiliaires demeurera difficile parce que les lieux de travail sont isolés et éparpillés, que beaucoup de soignantes travaillent à contrat ou à temps partiel et que dans l'industrie des soins à domicile les petites agences commerciales poussent comme des champignons.

Les soins à domicile ressemblent ainsi à une arène occupée par des acteurs aux intérêts divergents, où le choix des possibilités est limité : les services sont donnés dans la solitude des foyers, et les immigrantes de couleur forment un bassin de main-d'œuvre disponible aux familles qui ont les moyens de les embaucher. Dans leurs analyses de politiques, les féministes réclament le développement des services destinés aux enfants et aux personnes âgées. Mais personne ne demande par qui le travail sera fait et dans quelles conditions, ni à qui profitera l'augmentation des services. L'histoire nous apprend que ce sont vraisemblablement des femmes de couleur, souvent immigrantes, qui accompliront le travail pour un faible salaire, et que ce sont des blanches de classe moyenne qui bénéficieront des services.

Les soins à domicile, nouveau visage du service domestique ?

De plus en plus, dans les grandes métropoles comme Toronto, les auxiliaires familiales proviennent de la population immigrante, pour qui les services tendent à remplacer le secteur manufacturier comme source d'emplois principale (Boyd, 1992). La composition de l'immigration laisse d'ailleurs croire que la main-d'œuvre du secteur des services comprendra une part croissante de femmes de couleur. Devenir auxiliaire familiale, c'est mettre le pied dans un univers de travail très proche du service domestique tradi-

tionnel. Or, la recherche sur les travailleurs domestiques atteste les conditions d'oppression qui accompagnent souvent ce métier (Arat-Koc, 1992 ; Calliste, 1991 ; Colen, 1986 ; Dill, 1988 ; Donovan, 1989). À cause de ses parallèles avec le service domestique, le travail de soins à domicile est susceptible de faire éclore des situations de racisme qui restent en veilleuse dans des établissements comme les hôpitaux et les maisons de retraite. Le malentendu étant alimenté par les similitudes superficielles entre les deux types de travail, lorsque les soins sont donnés dans une maison privée par une femme de couleur, les clients âgés et leur famille risquent de s'adresser à elle comme à une domestique. En d'autres termes, le déclencheur de ce rapprochement semble être le fait que le travail se déroule au domicile du bénéficiaire.

Les situations que vivent les clients âgés et les auxiliaires familiales illustrent les contradictions et les conflits qui apparaissent lorsque les soins personnels, le soutien social et le maintien d'un cadre de vie adéquat sont assurés par une personne issue d'un univers social très différent de celui du client âgé, où elle est soumise à des pressions dont il n'a pas idée. Or, ce client âgé et fragile est livré aux soins et au bon vouloir de cette étrangère (Neysmith et Aronson, 1995). Tous deux subissent donc, dans le microcosme des soins à domicile, les tensions liées aux différences de race, de sexe et de classe sociale qui traversent l'ensemble de la société. Malheureusement, ces situations, ainsi que les ressources sur lesquelles les protagonistes pourraient s'appuyer pour les régler, sont gérées à la pièce, au fil des événements, de sorte qu'il est difficile d'en élargir l'analyse. Au cours de mes propres recherches sur les auxiliaires familiales, le sujet de leur confusion avec les femmes de ménage n'a pas cessé de faire surface. Une partie de la difficulté semble résider dans l'ambiguïté qui caractérise la définition de leur travail. L'auxiliaire accomplit des tâches ayant les apparences et le contenu du ménage, mais celui-ci n'est pas l'objet de sa présence, qui est motivée par l'état de santé et la situation de la personne âgée. Or, si les auxiliaires sont parfaitement au fait de leur rôle, elles doutent que les gestionnaires qui signent le congé des malades dans les hôpitaux, et surtout les clients âgés et leur famille, soient nombreux à voir les choses aussi clairement.

On demande régulièrement aux femmes de couleur qui font du travail de soins des commentaires, des explications, des opinions sur les problèmes raciaux de toute sorte qui remplissent l'actualité des grandes villes multiculturelles. Mais elles se sentent souvent démunies devant les incidents raciaux : évasives, elles font semblant de ne pas être au courant, se taisent en rentrant leur colère. « On ne peut pas passer son temps à faire l'éducation des gens » note l'une d'elles, au cours d'une discussion où beaucoup faisaient valoir qu'il importait de ne pas se laisser affecter par ce genre de chose au point de lancer à un client âgé et affaibli une réplique qui pourrait le froisser, le mettre en colère et même le pousser à loger une

plainte. Le souci du bien du client et la crainte de perdre son emploi créent une puissante incitation à la maîtrise de soi. En pratique, il est rare que les directeurs d'agence ou les chefs de service mettent en doute la compétence ou les doléances des auxiliaires. Mais la chose demeure possible, ils en ont le pouvoir pour peu qu'ils le veuillent. Cette simple éventualité suffit à provoquer l'autocensure.

Les superviseurs sont bien conscients des attitudes et comportements racistes qui sont infligés aux auxiliaires familiales de couleur. Comme ces dernières, toutefois, ils règlent les situations à mesure qu'elles se présentent, adoptant chaque fois une « politique » adaptée aux circonstances. Ils éprouvent eux aussi un malaise devant les compromis éthiques que leur impose leur travail quotidien. En atelier, l'un d'eux décrit ainsi la dynamique à laquelle ils sont soumis :

> Souvent, quand même, il me semble que je laisse tomber, parce que... [la voix se perd]. « Écoutez, vous pouvez toujours dire que ça m'est égal que vous acceptiez ou non d'avoir affaire à une Philippine ou à qui vous voudrez : c'est le personnel que j'ai, et c'est le personnel que vous aurez. » L'auxiliaire se présente et alors, bien sûr, elle est mal reçue. Certaines essuient carrément des insultes. Les clients ne font ni un ni deux : « Une Noire ! Vous ne mettrez pas les pieds ici. Il n'entre pas de Noirs dans ma maison. » Nous sommes probablement dans l'illégalité, mais je fais des pieds et des mains pour trouver une anglo-saxonne. Pour protéger l'auxiliaire, pas pour faire les quatre volontés du client [S4].

En somme, les inégalités de classe, de race et de sexe qui parcourent l'ensemble de la société sont considérées comme des cas particuliers de discrimination que l'on règle un à un. De la sorte, les pratiques institutionnelles renforcent les modèles mêmes qui perpétuent le problème. Mais ce constat n'est pas un jugement sur les moyens pris pour résoudre les problèmes évoqués : les clients âgés, les auxiliaires et les cadres n'ont pas le choix quand, face à des conflits occasionnés par la diminution des horaires des services, les inégalités inhérentes au marché du travail et les définitions dominantes des dépendances engendrées par la vie en société, ils doivent agir comme s'ils avaient affaire à des problèmes personnels et non à des enjeux de société. Il reste que chaque situation exige du temps et comporte un coût affectif et psychologique pour les trois catégories d'acteurs qui, afin de faire des soins à domicile une réalité, se débattent chaque jour dans les tensions créées par les inégalités structurelles. Les compromis qu'ils obtiennent ne sont jamais satisfaisants, mais les programmes publics susceptibles de soutenir leurs efforts et de les prolonger sont rares.

Soulignons en terminant l'utilité potentielle des travaux de recherche sur les travailleurs domestiques pour les décideurs qui seraient portés à voir dans le développement du marché privé un moyen de faire face à l'accroissement projeté de la demande de soins à domicile. À propos de leur échantillon d'agences spécialisées dans le placement de bonnes d'enfants et de domestiques (dont la plupart, comme les auxiliaires familiales, sont des femmes originaires des Philippines et des Antilles), Bakan et Stasiulis (1995 : 323) notent que ce sont de petites entreprises desservant un marché où la clientèle règne en maître. Il est très difficile à ces agences de renverser les idéologies dominantes en matière de sexe et de race et de combattre l'oppression lorsque leurs clients refusent d'accorder une entrevue à une travailleuses à cause de sa couleur ou de sa nationalité. Si elles ne remplissent pas la commande, elles perdent l'affaire.

Conclusion

Un modèle de soins fondé sur des postulats épousant la réalité de la sphère privée des relations familiales n'est pas adaptable aux programmes de soins de longue durée, qui sont un droit collectif des citoyens auquel sont associées des obligations relevant de la sphère publique. Le vieillissement de la population exige le maintien d'une gamme de soins diversifiée, mais non la conservation des modalités de fourniture traditionnelles. Certains aspects du soin familial, tant bons que mauvais, ne sont pas transférables, en raison des types de relations qui les sous-tendent. Constatons cette impossibilité sans la prendre au tragique. On courrait donc à l'échec en voulant s'inspirer d'un modèle privé de soins pour concevoir les services publics. Il nous faut repenser la manière de fournir les soins et redéfinir les postulats qui sous-tendent l'usage que nous faisons du mot « communautaire ».

Les soins à domicile ne sont actuellement rien de plus qu'une solution de rechange aux services institutionnels. Bien peu de personnes impliquées dans la fourniture des services diront le contraire... à moins de faire écho aux déclarations des politiciens. Dans l'analyse qui précède, j'ai abordé les soins à domicile comme un terrain favorable à la contesta-

tion de certains postulats sur la valeur du travail de soins. Les premières théories en la matière ont été l'œuvre d'universitaires féministes qui se sont surtout intéressées aux coûts que représentent, pour les femmes, les soins rendus gratuitement à des membres de leur famille (de fait, ces coûts vont continuer d'augmenter avec les politiques actuelles favorisant le déplacement des services de soins de longue durée vers le secteur « communautaire »). Mais, en concentrant toute l'attention sur la vie des femmes de la classe moyenne blanche des sociétés industrialisées d'Occident, ce courant de recherche a privilégié des problématiques et des approches qui ne permettent pas de faire ressortir d'autres types de divisions sociales ayant aussi rapport avec le sexe. En particulier, du fait qu'il mettait l'accent sur le travail non rémunéré accompli par les femmes au sein de leur famille, il n'a pas élaboré d'outils conceptuels pour mettre en doute la séparation des sphères publique et privée. Il a mis dans le même sac le lieu du travail et des rapports sociaux qui font partie du travail même (Graham, 1991). Aussi n'est-il jamais parvenu à infirmer la prétention que le soin des personnes âgées incombe aux êtres qui les aiment, c'est-à-dire à leur famille. Cela ressort avec une parfaite netteté des déclarations politiques sur les services de soins à domicile, où il est dit, à satiété, qu'ils sont nécessaires parce que la population vieillit... et qu'on ne peut pas compter sur les femmes pour prendre soin de leurs parents parce qu'elles sont de plus en plus nombreuses à participer à la main-d'œuvre active.

Je suis d'avis que dans ce domaine des soins de longue durée, une évolution des théories aussi bien que des programmes sociaux s'impose. Les femmes n'ont jamais eu la part trop belle dans les États providences traditionnels, et d'autant moins qu'elles étaient pauvres, vieillissantes et membres d'une minorité. Il faut dire que les « vrais » États providences se sont développés en Europe, dans la portion nord surtout, à travers des discussions qui se sont passées entre les univers publics et masculins du travail et du capital. La famille et le soin des personnes dépendantes, domaines privilégiés des femmes, n'étaient pas sur le tapis des tables de négociation autour desquelles furent jetées les bases de ces États providences modèles. Le Canada, l'Australie et surtout les États-Unis sont généralement apparus comme des pays plus ou moins pressés de se mettre à la remorque des idées dominantes des régimes d'État providence, sans les mettre en question. Aussi n'est-il pas étonnant que la contestation des rapports de sexe ait vu le jour en Grande-Bretagne et en Europe, dénuée cependant des dimensions de classe et de race. Il est intéressant de noter que, dans les pays scandinaves, les femmes n'ont obtenu des mesures sociales touchant la maternité, les enfants et les personnes âgées qu'après avoir fait leur entrée dans la main-d'œuvre salariée et avoir ainsi, sans doute, acquis un pouvoir suffisant pour inscrire leurs priorités à l'ordre du jour. L'obtention de ces avantages n'a cependant pas été sans conséquences pour certains groupes de femmes. Ce sont les femmes qui ont constitué le personnel des services de santé publics et pris la plupart des congés parentaux, et le travail de soin n'a guère été redistribué au sein des familles. Les femmes ont continué d'avoir un cheminement de carrière différent de celui des hommes, et aujourd'hui elle subissent plus directement qu'eux les effets de la réforme des services sociaux scandinaves. Il n'empêche que le caractère féminin du travail de soins est apparu en pleine lumière.

L'accomplissement de travail domestique par certains groupes de femmes, tant au sein de la famille que pour des étrangers, recoupe les modèles de soins qui font appel à la famille et au modèle familial. On peut également le rattacher à la longue histoire du service domestique, dont l'exercice a de tout temps été façonné par des conditions sociales au premier rang desquelles figurent la classe et la race. Les pays du tiers et du quart monde n'ont jamais été parties à la négociation du contrat social des États providences européens, dont les politiques d'immigration et de main-d'œuvre les touchaient pourtant (Boris, 1995). Le Canada s'est lui-même doté d'un programme qui facilite l'entrée au pays de personnes disposées à habiter chez des particuliers pour prendre soin d'eux, dernière mouture d'une suite de politiques d'immigration et de main-d'œuvre destinées à recruter des femmes immigrantes pour les faire servir comme domestiques. C'est encore un signe que les soins à domicile sont le terrain de rencontre du travail de soin et du travail domestique. On fixe le prix du travail de soin compris dans les services de soins à domicile, on définit les habiletés qu'il nécessite et on le fait exécuter par une main-d'œuvre immigrante, dans une société où l'on sait que sévissent toutes sortes de disparités liées au sexe, à la race et au revenu. À cet égard, les soins à domicile sont un terrain qui se prête, me semble-t-il, à l'étude des modes d'oppression vécus par divers groupes de femmes dans la société canadienne.

Il est difficile de sortir de cette analyse sans éprouver fortement le besoin de revenir sur ce qu'on a laissé dans l'ombre en braquant la lumière sur certains aspects. J'ai voulu, à partir de ma recherche sur les auxiliaires familiales, débrouiller certaines perceptions du travail et du soin qui sous-tendent les pro-

grammes actuels de soins de longue durée dans notre société urbaine en mutation. Les données que j'ai réunies montrent que les auxiliaires familiales sont laissées à elles-mêmes pour faire face aux manifestations de racisme auxquelles elles se heurtent chaque jour et que les personnes qui les supervisent interviennent en appliquant des solutions à la pièce. Ma recherche et par conséquent mon article ne tiennent pas compte des compromis quotidiens faits par les femmes qui ont des parents dépendants et qui doivent faire la part de toutes sortes d'affirmations contradictoires quant à leur capacité de prendre soin d'eux. Je n'ai rien dit non plus des coûts affectifs, psychologiques et physiques qu'assume la personne âgée, forcée d'ajuster ses besoins et son horaire à la disponibilité des services, livrée à la dépendance dans une société qui accorde tant de prix à l'autonomie, réduite à une identité diminuée et obligée d'accepter des soins de ses proches, même si elle et eux préféreraient qu'il en soit autrement (Barry, 1995). Cette situation n'est pourtant imputable à aucun manque de la part des personnes impliquées et la solution ne peut donc résider dans une amélioration de leurs manières de faire. Il est trop facile d'attribuer aux uns et aux autres, parentes, auxiliaires familiales, chefs de service ou directeurs d'agence et personnes âgées, le rôle de la victime ou de l'oppresseur. Il ne l'est pas moins de masquer les inégalités de race, de classe ainsi que de sexe par un discours politique où les mots « partenaires » et « partage de la responsabilité des soins » résonnent comme si, sur ce terrain, tous les joueurs — intérêts corporatifs, ministères de la santé, artisans quotidiens de l'entreprise de soins communautaires — évoluaient à forces égales.

Sheila M. Neysmith
Faculty of Social Work
University of Toronto

Notes

[1] Cette recherche a bénéficié d'une subvention de recherche (822-92-0015) et d'une subvention « réseaux de recherche stratégique » (816-94-0003) du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (programme « Les Femmes et le changement »). Version française : Johanne Archambault.

[2] Cette section est tirée de Neysmith, à paraître.

[3] Devant la lenteur des progrès réalisés un peu partout, Manga (1994 : 198), dans une analyse économique des coûts du système de santé, formule ce commentaire sarcastique : « il est encourageant de constater que les soins à domicile constituaient 0,8 pour cent des dépenses de santé totales en 1987, comparativement à 0,3 pour cent en 1975 ». En mars 1996, le ministre de la Santé de l'Ontario a « annoncé un nouvel investissement de 170 millions de dollars dans les services de santé communautaires, dans le cadre d'une importante réforme visant à renforcer la justice et l'équité du système de soins de longue durée de la province » (Ontario, 1996). On suppose qu'il s'agit de sommes qui, autrement, auraient été consacrées au réseau hospitalier. Les présumés effets de justice et d'équité de ce « nouvel investissement » doivent cependant être appréciés eu égard à l'attribution, annoncée simultanément, de 115,9 millions de dollars auparavant alloués aux foyers pour personnes âgées (établissements du réseau public ou organisations sans but lucratif) aux maisons de retraite, qui, en Ontario, sont pour la plupart des établissements à but lucratif. De plus, ces deux montants ne représentent qu'une petite partie d'un budget de la santé qui atteint au total 17,6 milliards de dollars.

[4] En 1995, le nouveau gouvernement conservateur de l'Ontario a abrogé la plus grande partie de cette loi. Il a ainsi remis à plus tard, encore une fois, une réforme des soins de longue durée pourtant bien nécessaire. L'Ontario, qui est la plus populeuse et l'une des plus riches des provinces canadiennes, possède le douteux honneur d'avoir l'approche la plus décousue en matière d'organisation des soins de longue durée. Les importants enjeux abordés dans les paragraphes qui suivent sont présents dans les débats sur ce sujet qui ont cours dans toutes les provinces.

Bibliographie

ARAT-KOC, S. 1992. « In the Privacy of their own Home : Foreign Domestic Workers as Solution to the Crisis of the Domestic Sphere in Canada », dans M. P. CONNELLY et P. ARMSTRONG, éd. *Feminism in Action : Studies in Political Economy.* Toronto, Canadian Scholars Press.

ARONSON, J., et S. NEYSMITH. 1996. « "You're not Just in There to Do the Work" : Depersonalizing Policies and the Exploitation of Home Care Workers' Labor », *Gender and Society,* 10, 1 : 59-77.

BAKAN, A., et D. STASIULIS. 1995. « Making the Match : Agencies and the Racialization of Women's Household Work », *Signs : Journal of Women in Culture and Society,* 20, 2 : 303-335.

BALDOCK, J. 1993. « Some Observations on International Comparisons of Home Care Innovations », dans A. EVERS et G. H. VAN DER ZANDEN, éd. *Better Care for Dependent People : Meeting the New Agenda in Services for the Elderly.* Bunnik, Pays-Bas, Netherlands Institute of Gerontology : 25-37.

BARRY, J. 1995. « Care-Need and Care-Receivers : Views from the Margin », *Women's Studies International,* 18, 3 : 361-374.

BARTOLDUS, E., B. GILLERY et P. STURGES. 1989. « Job-Related Stress and Coping Among Home-Care Workers with Elderly People », *Health and Social Work,* 4 : 204-210.

BÉLAND, F., et E. SHAPIRO. 1994. « Ten Provinces in Search of a Long-Term Care Policy », dans V. W. MARSHALL et B. D. MCPHERSON, éd. *Aging : Canadian Perspectives.* Peterborough, Ontario, Broadview Press/Journal of Canadian Studies : 245-267.

BENJAMIN, A. E. 1993. « An Historical Perspective on Home Care Policy », *The Milbank Quarterly*, 71, 1 : 129-166.

BORIS, E. 1995. « The Racialized Gendered State : Constructions of Citizenship in the United States », *Social Politics : International Studies in Gender, State and Society*, 2, 2 : 160-180.

BOWERS, B. 1990. « Family Perceptions of Care in a Nursing Home », dans E. ABEL et M. NELSON, éd. *Circles of Care : Work and Identity in Women's Lives*. New York, SUNY Press.

BOYD, M. 1992. « Gender, Visible Minority and Immigrant Earnings Inequality : Reassessing an Employment Equity Premise », dans V. SATZEWICH, éd. *Deconstructing a Nation : Immigration, Multiculturalism & Racism in '90s Canada*. Halifax, N. S., Fernwood Publishing.

CALLISTE, A. 1991. « Canada's Immigration Policy and Domestics from the Caribbean : The Second Domestic Scheme », dans J. VORST et al., éd. *Race, Class, Gender : Bonds and Barriers*. Deuxième édition, révisée. Toronto, Garamond Press.

COLEN, S. 1986. « "With Respect to Feeling." Voices of West Indian Child Care and Domestic Workers in New York City », dans J. B. COLE, éd. *All American Women : Lines that Divide, Ties that Bind*. New York, Free Press.

CROWN, W., M. MACADAM et E. SADOWSKY. 1992. *Caring*, avril : 34-38.

DAVIES, C. 1995. « Competence versus Care ? Gender and Caring Work Revisited », *Acta Sociologica*, 38 : 17-31.

DIAMOND, T. 1990. « Nursing Homes as Trouble », dans E. ABEL et M. NELSON, éd. *Circles of Care : Work and Identity in Women's Lives*. Albany, New York, State University of New York Press.

DILL, B. T. 1988. « "Making Your Job Good Yourself" : Domestic Service and the Construction of Personal Dignity », dans A. BOOKMAN et S. MORGEN, éd. *Women and the Politics of Empowerment*. Philadelphie, Temple University Press : 33-52.

DONOVAN, R. 1989. « Work Stress and Job Satisfaction : A Study of Home Care Workers in New York City », *Home Health Services Quarterly*, 10 : 97-114.

DUNCAN, M. T., et D. L. MORGAN. 1994. « Sharing the Caring : Family Caregivers' Views of Their Relationship with Nursing Home Staff », *The Gerontologist*, 34 : 579-584.

ESTES, C., et J. SWAN AND ASSOCIATES. 1993. *The Long-Term Care Crisis : Elders Trapped in the No-Care Zone*. Newbury Park, Californie, Sage.

EUSTIS, N., et L. FISCHER. 1991. « Relationships Between Home Care Clients and Their Workers : Implications for Quality of Care », *The Gerontologist*, 31, 4 : 447-456.

FELDMAN, P. 1993. « Work Life Improvements for Home Care Workers », *The Gerontologist*, 33, 1 : 47-54.

FISHER, B., et J. TRONTO. 1990. « Toward a Feminist Theory of Caring », dans E. ABEL et M. NELSON, éd. *Circles of Care : Work and Identity in Women's Lives*. Albany, New York, The State University of New York : 35-62.

GILBERT, N. 1991. « Home Care Worker Resignations : A Study of the Major Contributing Factors », *Home Care Services Quarterly*, 12 : 69-83.

GRAHAM, H. 1991. « The Concept of Caring in Feminist Research », *Sociology*, 25, 1 : 51-78.

HEALTH AND WELFARE CANADA. Health Services and Promotion Branch. 1992. *Future Directions in Continuing Care*. Report of the Federal/Provincial/Territorial Subcommittee on Continuing Care. Ottawa : Minister of Supply and Services Canada.

HOOYMAN, N., et J. GONYEA. 1995. *Feminist Perspectives on Family Care : Policies for Gender Justice*. Thousand Oaks, Californie, Sage.

JAMES, N. 1992. « Care = Organization + Physical Labour + Emotional Labour », *Sociology of Health and Illness*, 14 : 488-509.

KAYE, L. 1986. « Worker Views of the Intensity of Affective Expression During the Delivery of Home Care Services for the Elderly », *Home Care Services Quarterly*, 7 : 41-54.

KENNEY, G. 1993. « How Access to Long-Term Care Affects Home Health Transfers », *Journal of Health, Politics and Law*, 18, 4 : 937-965.

LEIRA, A. 1994. « Concepts of Caring : Loving, Thinking, Doing », *Social Service Review*, 68, 2 : 185-201.

LEWIS, J., et B. MEREDITH. 1988. *Daughters Who Care*. Londres, Routledge.

MACADAM, M. 1993. « Home Care Reimbursement and Effects on Personnel », *The Gerontologist*, 33, 1 : 55-63.

MANGA, F. 1994. « Health Economics and the Current Health Care Cost Crisis : Contributions and Controversies », *Health and Canadian Society/Santé et société canadienne*, I, 1 : 177-203.

MARTIN-MATTHEWS, A. 1992. *Homemakers' Services to the Elderly : Provider Characteristics and Client Benefits, 1989-1992*. Guelph, Ontario, University of Guelph, Gerontology Research Centre.

NEYSMITH, S. 1995. « Would a National Information System Promote the Development of Canadian Home and Community Care Policy ? An Examination of the Australian Experience », *Canadian Public Policy*, 21, 2 : 159-173.

NEYSMITH, S. À paraître. « Toward a Woman Friendly Long-Term Care Policy », dans P. EVANS et G. WEKERLE, éd. *Reconstructing the Welfare State*. Toronto, University of Toronto Press.

NEYSMITH, S., et B. NICHOLS. 1994. « Working Conditions in Home Care : A Comparison of Three Groups of Workers », *Canadian Journal on Aging*, 13, 2 : 169-186.

NEYSMITH, S., et J. ARONSON. 1995. *Working Conditions in Home Care : Negotiating Race and Class Boundaries in Gendered Work*. Paper presented at the Meetings of the Canadian Association on Gerontology. Vancouver, Canada, octobre.

NEYSMITH, S., et J. ARONSON. 1996. « Home Care Workers Discuss Their Work : The Skills Required to "Use Your Common Sense" », *Journal of Aging Studies*, 10, 1 : 1-14.

ONTARIO. Ministry of Health, Ministry of Community & Social Services, Ministry of Citizenship. 1993a. *Partnerships in Long-Term Care : A New Way to Plan, Manage and Deliver Services and Community Support : A Policy Framework. April*. Toronto, The Queen's Printer for Ontario.

ONTARIO. Ministry of Health, Ministry of Community & Social Services, Ministry of Citizenship. 1993b. *Partnerships in Long-Term Care : A New Way to Plan, Manage and Deliver Services and Community Support : An Implementation Framework. June*. Toronto, The Queen's Printer for Ontario.

ONTARIO. Ministry of Health. 1996. *News Release/Communiqué : Government Reinvests in Community-Based Care*. 28 mars.

SCHMID, H., et Y. HASENFELD. 1993. « Organizational Dilemmas in the Provision of Home-Care Services », *Social Service Review*, 67, 1 : 40-54.

STRICKLIN, M. Y. 1993. « Home Care Consumers Speak Out on Quality », *Home Healthcare Nurse*, 11 : 10-17.

SWAN, J., et C. ESTES. 1990. « Changes in Aged Populations Served by Home Health Agencies », *Journal of Aging and Health*, 2, 3 : 373-394.

SZASZ, A. 1990. « The Labour Impacts of Policy Change in Health Care : How Federal Policy Transformed Home Health Organizations and Their Labour Practices », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 15, 1 : 191-210.

TELLIS-NAYEK, V., et M. TELLIS-NAYEK. 1989. « Quality of Care and the Burden of Two Cultures : When the World of the Nurse's Aid Enters the World of the Nursing Home », *The Gerontologist*, 29, 3 : 307-313.

THOMAS, C. 1993. « De-Constructing Concepts of Care », *Sociology*, 27, 4 : 549-669.